Lane Medical Library

Ueber die sogenannte spontane oder idiopathische Peritonitis.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 12. November 1886

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Mario Salaghi

aus Forlì, Italien.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Carl Altgelt.
" " " Waldemar Hahn.
" " " Ludwig Hofmann.

BERLIN N.

Buchdruckerei von Knoll & Wölbling

Brunnen-Strasse 155.

Dem Andenken

seiner lieben Eltern

und

seinem theuren hochverehrten Bruder

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberdiesogenann0000mari

Die Bauchfellentzündung bietet die grössten Verschiedenheiten des klinischen Bildes und des Verlaufes dar. Wir wollen über die chronische Form, welche öfters als eine tuberkulöse, und sowohl primär als secundär in Folge einer vorangegangenen acuten Peritonitis auftritt, hinweggehen und nur daran erinnern, dass wir bei der letzteren im grossen und ganzen drei Hauptformen unterscheiden: die seröse Peritonitis, bei welcher wir einen einfachen Reizzustand des Bauchfelles anzunehmen pflegen, die eitrig-fibrinöse, und die jauchige oder septische Peritonitis. Sowohl vom klinischen als vom ätiologischen Standpunkte aus sind wir insofern berechtigt diese Formen streng auseinander zu halten, als alle bisherige Beobachtungen uns zur Annahme führen, dass die Entstehung der eitrigen und der septischen Peritonitis vom Eindringen und der Entwicklung von Mikroorganismen in der Bauchhöhle abhängt. Bekanntlich, von der Peritonitis bei penetrirenden Bauchwunden und operativen Verwundungen der Bauchhöhle abgesehen, können Entzündungserreger aus den Nachbar-Unterleibsorganen nach Perforation oder durch fortgesetzte Entzündung ins Peritoneum gelangen, und zu einer circumscripten oder diffusen Erkrankung desselben Anlass geben. So sehen wir bei verschiedenen Magen-, Leber- und Milzkrankheiten, wie auch bei den mannigfaltigsten geschwürigen Prozessen des Darmes, von den Nieren und Harnwegen, vom Pankreas, Zwerchfell und von den Pleuren, aber namentlich bei Frauen, entweder im Puerperium von Verletzungen der Genitalien aus, oder bei bestehender eitriger Metritis und Parametritis

durch Fortpflanzung auf dem Wege der Lymphgefässe, eine acute eitrige Peritonitis auftreten. In der grössten Mehrzahl der Fälle kann man also eine Eingangspforte für die Infection nachweisen, und je sorgfältiger namentlich in den letzten Jahrzehnten die objective Untersuchung der Kranken und am Sectionstische geworden ist, um desto geringer ist auch die Zahl derjenigen Fälle, bei welchen kein ätiologisches Moment nachzuweisen ist. Diese Fälle bezeichnen wir als spontane Peritonitis im Gegensatz zur secundären in Folge von Erkrankung anderer Organe entstandenen Peritonitis. Wenn wir die „Verhandlungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin, Jahrgang 1883-84“ durchlesen, können wir uns eine genauere Vorstellung über den gegenwärtigen Stand der Frage machen. Wir wollen folgende textuelle Worte aus dem Leyden'schen Vortrag wiedergeben: „Die vorstehenden 3 Beobachtungen (s. oben) lassen darüber keinen Zweifel, dass es in der That eine spontane, d. h. von vorhergehender Erkrankung des Darmes und seiner Nachbarorgane unabhängige Peritonitis giebt, vielleicht nicht einmal so selten, als man bisher angenommen hat.“ Und weiter drückt sich Liman so aus. „Auch er war sehr geneigt, als er seine Praxis begann, die Existenz der spontanen Peritonitis zu bezweifeln, hat aber im Laufe seiner Erfahrung seine Ansicht modificiren müssen.“ Was nun aber aus den gleichzeitigen Mittheilungen von Landau, Litten und Guttmann ersichtlich ist, nämlich, dass spontane Peritonitis in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei Weibern vorkommt, weist schon auf eine möglichst infectiöse Natur der Krankheit hin, insofern wir annehmen dürfen, dass beim weiblichen Geschlechte leichter als bei Männern Mikroparasiten den Eingang ins Peritoneum finden können. Es ist ja bemerkenswerth (s. Quain's Elements of Anatomy p. 714), dass die Schleimhaut der Tuben einerseits in die Schleimhaut des Uterus, und am anderen Ende

der Tube in das Peritoneum übergeht. Sie bietet also ein Beispiel der direkten Continuität einer serösen Haut mit einer Schleimhaut, und die Peritonealhöhle beim Weibe macht eine Ausnahme von der gewöhnlichen Regel der serösen Häute, nämlich, dass dieselben vollständig nach aussen abgeschlossen sind. In der That, es liegen Beobachtungen vor, dass Peritonitis bei jungen Mädchen spontan, meist nach Ablauf der Menstruation, aufgetreten ist. Diese Fälle sind vielleicht nur dadurch zu erklären, dass die Entzündungserreger direkt aus den Tuben ins Peritoneum eindringen konnten. Dass die bei Menstruation entstehende Veränderung der Circulationsverhältnisse an der Genital-Schleimhaut und noch mehr die offenen Gefässe derselben als günstige Bedingung zur Aufnahme von Infectionskeimen gelten müssen, kann man nicht von der Hand weisen. Eine andere schlechtweg als solche bezeichnete Form der spontanen Peritonitis ist diejenige, welche beim Gelenkrheumatismus auftritt, und dem Vorkommen von Pleuritis und Pericarditis bei Gelenkrheumatismus gleichzustellen ist. Uebrigens zieht sie sich aus dem Plane unserer Betrachtungen, indem sie meistentheils die seröse Form annimmt und dementsprechend in vollständige Heilung übergeht. Bei gleichzeitig bestehender Pleuritis ist vielleicht anzunehmen, dass eine Fortpflanzung der Entzündung von der Pleura aus durch die weit communicirenden diaphragmatischen Lymphgefässe aufs Peritoneum stattfinde, und jedenfalls handelt es sich hier wahrscheinlich um eine Localisation des specifischen Mikroparasites des Gelenkrheumatismus in der Bauchhöhle.

Es sind ebenfalls wenige Fälle von spontaner Peritonitis nach Erkältungen mitgetheilt worden. Hier fehlt uns zwar jeder Anhaltspunkt zu einer wissenschaftlichen Erklärung, aber zweierlei kann man hervorheben. Zunächst können in der Darmschleimhaut leichte Erosionen aus rein mecha-

nischen Ursachen, wie rauhe heruntergeschluckte Knochenstücke und d. m. entstehen. Andererseits setzt die Erkältung die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen krankheiterregende Momente herab; die Blutkörperchen selbst erfahren eine direkte Schädigung dabei, wie es die mit Kälteeinwirkung experimentell erzeugte Globulinurie beweist; ausserdem übt die Kälte eine lähmende Wirkung auf die vasomotorischen Nervenapparate des Darmes aus. Eine analoge Annahme ist vielleicht in den seltensten Fällen von spontan auftretender Peritonitis nach Stoss, Indigestion oder Verstopfung u. s. w. gestattet.

Aber weit wichtiger ist die Form von spontaner Peritonitis, welche bei vorhandener Nierenerkrankung, am häufigsten acute Nephritis oder chronische Schrumpfniere, als terminale Affection auftritt. Der Angabe Rosenstein's nach (Ziemssen Lehrbuch der spec. Path. und Ther. Bd. VIII S. 322) unter 292 Sectionen, von Frerichs zusammengestellt, fand sich 33 mal neben Brightischer Nierenerkrankung, bei 114 Fällen aus dem Danziger Stadtlazareth fand sich 13 mal Peritonitis. Ganz besonders scheinen aber solche Personen disponirt, bei denen sich Schwangerschaft mit Nephritis combinirt. Wir erinnern uns daran, dass im December 1885 in dieser 1. med. Klinik über einen höchst interessanten Fall vorgetragen wurde, bei welchem Hydrops mit Albuminurie, derjenige Symptomencomplex, welcher nach Leyden's Vorschlag sehr zweckmässig als Morbus Brightii aufgefasst wird, bestand. Der Tod erfolgte aus acuter eitriger Peritonitis, und die Section hat ergeben, amyloide Degeneration der Nieren bei ganz intakten Peritoneum und Nachbarorganen. Wir selbst werden über einen ähnlichen Fall berichten. Strümpell meint (Lehrbuch der spec. Path. und Ther. Bd. I 626), dass bei Kranken mit Morbus Brightii die festen im Blute zurückgehaltenen Harnbestandtheile durch Reizung des Bauchfells eine Peritonitis verursachen können.

Dieser Reiz aber ist nur ein chemischer oder ein mechanischer und demzufolge kann er höchstens zu einer serösen Peritonitis Veranlassung geben, unter keinen Umständen zu einer eitrigen. Dann sehen wir selbst in den Fällen, wo die Anhäufung von Harnbestandtheilen im Blute eine so starke ist, dass urämische Erscheinungen zu Stande kommen, keine Peritonitis auftreten. Es ist hier vielmehr an etwas anderes zu denken. Die Frage scheint uns am besten durch den Vergleich mit einer anderen infectiösen Krankheit, nämlich mit der Osteomyelitis illustrirt zu werden. Wir unterscheiden ebenfalls eine primäre und eine secundäre Osteomyelitis. Bei der ersteren nehmen wir an, dass pathogene Mikroorganismen auf dem Wege der Blutbahn in das aus etwaigen Ursachen weniger widerstandsfähige Knochenmark eindringen und dort einen günstigen Boden zu ihrer weiteren Entwicklung finden. Aber die Annahme einer derartigen Ueberführung von Infectionskeimen durch das Blut, welche uns wohl auch viele Fälle von spontaner Peritonitis erklären würde, stösst auf gewisse Schwierigkeiten. Das normale Blut ist ja kein günstiger Nährboden für pathogene Mikroorganismen, vielmehr kann man behaupten, dass die weissen Blutkörperchen eine Art von Kampf gegen eingedrungene Bakterien führen. Das dokumentirt sich durch das alle Infectionskrankheiten begleitende Fieber, welches wohl als Reactionsfieber aufzufassen ist. Die klinische Erfahrung zeigt in der That, dass, wenn bei alten Leuten, bei welchen ja die Reactionsfähigkeit des ganzen Organismus herabgesetzt ist, Infectionskrankheiten auftreten, das Fieber ein viel geringeres, als bei jungen Leuten zu sein pflegt. Während aber dieser Begriff der Reaction, welcher in allen Erscheinungen des normalen und des pathologischen Lebens eine so grosse Rolle spielt, in der physicalischen Welt seinen mathematischen Ausdruck im allerwichtigsten Gesetze „jeder Action entspricht eine gleiche entgegenwirkende Reaction“

findet, wird er in der organischen Welt von der Mannigfaltigkeit der Factoren complicirt und öfters unserer Auffassung unzugänglich gemacht. Wenn wir nun auch zugeben wollen, dass Mikroorganismen gelegentlich vom Blute in die Gewebe transportirt werden, müssen wir uns vorher die Frage vorlegen: wie sind dieselben denn vom Blute aufgenommen worden? Dass durch die gesunde Darmschleimhaut Mikroparasiten, die so massenhaft im Darminhalte vorhanden sind, hindurch passiren, ist höchst unwahrscheinlich, denn bei dieser Annahme sollte eine grössere Zahl von spontanen Peritonitiden zu Stande kommen. Die Mandeln sind die einzigen Stellen im ganzen Verdauungscanal, wo eine Eingangspforte für Bakterien als möglich anzunehmen ist. Wir wissen, dass auf der Mandeloberfläche Lücken im Epithelialüberzuge existiren, aus welchen normaler Weise der Austritt von weissen Blutkörperchen stattfindet. In der That bilden bei Diphtherie die Mandeln fast ausnahmslos den Ausgangspunkt der Krankheit. Eine ähnliche Auswanderung, wenngleich nur ausnahmsweise*), von weissen Blutzellen erfolgt im Darme von der Oberfläche der solitären Follikel und der Peyer'schen Haufen aus, dessen lymphatisches Gerüst mit den Mesenterial-Lymphdrüsen communicirt. So erklärt sich vielleicht, dass beim Typhus diese Stellen der Darmschleimhaut vorwiegend von den specifischen Infectionskeimen befallen und ebenfalls bei Darmtuberkulose zuerst

*) Virchow in einem vor Kurzem gehaltenen Vortrage (7. Juli 1886) hob ausdrücklich hervor, dass die Follikel der Mandeln wirkliche Taschen, wie schon der alte gute Namen Folliculus besagt, darstellen; während die solitären Follikel und die Follikel der Peyer'schen Haufen für gewöhnlich geschlossene Gebilde sind. Da nun auch an ihnen manchmal Löcher vorkommen können, wurden die alten Pathologen, welche, etwa wie die modernen Zoologen, eine besondere Neigung hegten, feste Regeln überall aufzustellen, dadurch verführt, diese Darmgebilde mit demselben noch gebräuchlichen Namen Follikel zu bezeichnen.

von den Tuberkelbacillen heimgesucht werden. Aber hier stösst man wieder auf andere Schwierigkeiten. Zwar können Infectionskeime aus den oberflächlichen Lymphräumen oder Saftkanälchen durch die lymphatische Bahn die nächste Reihe von Lymphdrüsen erreichen, aber dort bleiben sie gefangen. In der That sind die Lymphdrüsen als schützende Einrichtung, wie kleine Festungen, wo die schädlichen Stoffe arretirt werden, aufzufassen. Das wird am besten, von den experimentellen Versuchen, wo man Farbstoffe in die Lymphbahnen injicirt, abgesehen, durch die klinische Erfahrung bei Tuberkulose, Carcinom und d. m. bewiesen. Dasselbe Bedenken tritt uns bei der Annahme entgegen, dass Mikroorganismen durch die Lungenschleimhaut und weiter durch die Bronchial-Lymphdrüsen ins Blut gelangen können. Der Eintritt von Bakterien durch die äussere Haut wäre demnach wahrscheinlicher. Namentlich bei Hydropischen entstehen leicht oberflächliche Erosionen, welche eben zum häufigen Auftreten von Acne und Erysipel bei diesen Kranken Veranlassung geben. Wenn also eine eitrige spontane Peritonitis bei Morbus Brightii vorkommt, hängt es wahrscheinlich mit dem Eindringen von Infectionskeimen durch erodirte Hautstellen zusammen. Dagegen kann man zwar einwenden, dass die Specifität der eitrigen Peritonitis noch nicht sicher gestellt ist. In allen Fällen von eitriger Peritonitis finden wir den wohlcharakterisirten Streptococcus, aber neben ihm viele andere Coccen, und denselben Streptococcus findet man wieder bei anderen Krankheitsprocessen, namentlich bei der acuten Osteomyelitis. Mit dieser geht die Sache genau in derselben Weise zu. Bei der Osteomyelitis ist immer der Staphylococcus pyogenes aureus nachweisbar, aber neben ihm der St. py. albus und sehr häufig der Streptococcus. Der Streptococcus also bei der eitrigen Peritonitis wie der St. py. aureus bei der Osteomyelitis dürfen noch nicht vom bakteriologischen Stand-

punkte aus das Recht als pathogene Organismen betrachtet zu werden in Anspruch nehmen, und beide genannte Krankheiten darf man nur als Mischinfection bezeichnen. Wenn also der Streptococcus kein specifischer Keim ist, ist es schwer zu verstehen, warum bei Kranken mit Morbus Brightii grade das Peritoneum von ihm befallen wird. Man kann nur sagen, dass bei Hydropischen eine allgemeine Neigung der serösen Häute zur Entzündung besteht, wie es wohl das häufige Auftreten von Pleuritis und Pericarditis bei denselben erleuchtet. Das Peritoneum wäre deshalb in diesen Fällen nur als ein „locus minoris resistentiae" aufzufassen.

Indem wir nun zur Besprechung einzelner Fälle übergehen, wollen wir den Wunsch aussprechen, dass fleissige bakteriologische Untersuchungen bald einiges Licht über diesen wichtigen Gegenstand bringen mögen. Dabei wollen wir an die von Leyden vorgeschlagene chirurgische Behandlung der eitrigen Peritonitis erinnern. Käme dieser wohl gerechtfertigte Vorschlag zu allgemeiner Ausführung, so würden sich die ähnlichen Züge der Peritonitis mit der Osteomyelitis bis auf die Therapie erstrecken.

Folgender Fall, welchen wir der Güte von Professor Leyden verdanken, wird nun unsere Frage illustriren. Die Anamnese wurde am 3. Januar 1886 entnommen.

Patientin, Marie Raak, Hülfsheitzerfrau, ist 22 Jahre alt. Ihr Vater ist an Lungenschwindsucht gestorben, die Mutter lebt noch und ist gesund, ebenfalls die Geschwister. Patientin will keine Kinderkrankheit durchgemacht haben: sie wurde in ihrem 15. Lebensjahre zum erstenmal menstruirt und die Menstruation ist immer regelmässig gewesen. Patientin hat sich vor 9 Monaten verheirathet, ohne bisher Zeichen von Schwangerschaft zu verspüren. Sie hat seit langer Zeit, wofür sie keine Ursache anzugeben weiss, eine reichliche Urinentleerung an sich bemerkt, ohne sonst Be-

schwerden davon zu empfinden. Vor ungefähr 8 Monaten, als sie in eine neue feuchte Wohnung einzog, nahm sie eine Anschwellung an ihren Füssen wahr, welche sich in den folgenden Tagen auf die Beine und den Unterleib, sodann aufs Gesicht und die Hände erstreckte. Die dadurch entstandenen Beschwerden veranlassten Patientin das Krankenhaus aufzusuchen, wo sie am 25. December 1885 aufgenommen wurde. Nach einer schonenden Behandlung mit Verabfolgung von Salzsäure und bei vollständiger Bettruhe wurde die Diurese reichlicher und der allgemeine Zustand der Patientin verbesserte sich dermassen, dass sie schon beabsichtigte die Anstalt bald zu verlassen. Aber in der Nacht vom 1. Januar 1886 bekam sie, als eine etwas ekelhafte Manipulation, nämlich die Ausspülung des Magens wegen Vergiftung mit $H_2 SO_4$ an ihrer Nachbarin im Krankensaale vorgenommen wurde, heftiges wiederholtes Erbrechen. Bald darauf stellten sich mässig intensive vom Nabel herum ausstrahlende Leibschmerzen ein. Die Temperatur stieg und am 2. Januar hatte man folgenden Status präsens. Patientin, eine kräftige gut gebaute junge Frau mit gut erhaltenem Fettpolster, nimmt die active Rückenlage ein. Der Blick ist etwas deprimirt, die Wangen geröthet, die Haut am übrigen Körper auffallend blass. Das Gesicht und die Extremitäten, wie auch Rücken und Unterleib zeigen eine intensive oedematöse Anschwellung. Die Haut ist glänzend, stark gespannt. Die epigastrische Gegend ist bei der Berührung schmerzhaft, die sehr ausgeprägte epigastrische Furche fühlt sich weich an. Es besteht Ascites mit besonders ausgeprägter Ausdehnung des Unterleibes in die Breite. Deutliche Fluctuation ist wahrzunehmen. Die Zunge ist feucht, klebrig und zeigt einen geringen weisslichen Belag. Der Appetit ist schlecht, Patientin hat nur ein starkes Durstgefühl. In der Nacht sind 3 Stuhlgänge von diarrhöischer Beschaffenheit erfolgt. Die Respiration ist etwas dispnoisch, 32 in der

Minute. Die Percussion ergiebt hinten auf der rechten Seite von der Sp. scapulae an nach abwärts ziemlich intensive Dämpfung. An beiden Lungen hört man an mehreren Stellen spärliche Rasselgeräusche. Auf der rechten Seite unten Abschwächung der Stimmvibrationen. Es besteht Hustenreiz mit zähem bräunlich gefärbtem vorwiegend schleimigem Auswurfe. Puls ziemlich kräftig, fieberhaft, 136 in der Minute. Die Herzdämpfung beginnt oben an der 3. und reicht nach abwärts bis zur 6. Rippe; links reicht sie nicht ganz zur Mamillarlinie und rechts bis zum linken Sternalrande. Die Herztöne sind überall laut und rein zu hören. Die Temperatur in der Achselhöhle misst 39, 4°. Das Sensorium ist frei; kein Kopfschmerz und keine sonstige nervöse Störungen. Die Menge des in 24 Stunden entleerten Urins misst 500ccm; er zeigt einen starken Bodensatz und sieht gelblich trübe aus. Beim Kochen mit Zusatz von Salpetersäure ist starker Eiweissgehalt nachweisbar. Bei der mikroskopischen Untersuchung sieht man einige mit Fettkörnchen besetzte Wachscylinder. Die Diagnose lautet demnach: chronische in fettiger Degeneration begriffene Nephritis mit plötzlich aufgetretenen Erscheinungen von acuter Peritonitis. Die Prognose, wenn man den beträchtlichen Hydrops und die bestehende Bronchopneumonie mit einem rechtsseitigen pleuritischen Erguss berücksichtigt, ist als ungünstig aufzustellen. Die Behandlung besteht in warmen Umschlägen auf dem Unterleib und Narcotica in kleinen Dosen. In den folgenden Tagen dauert derselbe Zustand fort mit Zunahme des Hydrops und der peritonitischen Beschwerden. Das Fieber schwankt bis zum 7. Januar zwischen 39° und 40°; am 7. findet ein rascher Abfall der Temperatur statt, in der Nacht erfolgt der exitus letalis.

Die Section hat folgendes ergeben:

Zahlreiche in beiden Lungen disseminirte bronchopneumonische Herde, rechts ein geringer pleuritischer Erguss, Bronchitis und Laryngitis mit einem frischen diphtheritischen

Belag des Pharynx, Hypertrophie des Herzens mit mässiger Erweiterung beider Ventrikel; pericardialer Erguss. Der Darm intakt, frische Hyperplasie der Milz. Die Oberfläche der Nieren, welche eine starke Vergrösserung zeigen, ist glatt, rothgefleckt; die Rinde weich, gelblich verfärbt: parenchymatöse Trübung und beiderseitige Pyelitis. Bei der mikroskopischen Untersuchung erscheinen die Glomeruli vergrössert, mit Fettkörnchen bedeckt. Das pathologisch-anatomische Bild stellt sich als eine Glomerulo-Nephritis dar. Die Genitalien sind intakt, nur die Schleimhaut des Uterus zeigt einen geringen Grad von chronischer Endometritis, welche sich bis in die Tuben fortsetzt. An den letzteren sind einige kleine Eiterherde zu sehen.

Wenn wir nun alle Umstände des vorstehenden Falles berücksichtigen und von den allgemeinen oben entwickelten Gesichtspunkten ausgehen wollen, müssen wir zunächst den hydropischen Zustand der Kranken als günstige Bedingung für das Zustandekommen einer Peritonitis betrachten. Was aber den näheren Weg anbelangt, welchen die Infectionskeime in diesem Falle einschlagen konnten, um das Peritoneum zu erreichen, so liegen augenscheinlich verschiedene Möglichkeiten vor. Die einfachste Erklärung wäre anzunehmen, dass es durch die Tuben geschehen ist; aber die Endometritis pflegt ja zu keiner Bauchfellentzündung Veranlassung zu geben und die Eiterherde auf den Tuben können wahrscheinlicher als eine Verbreiterung des peritonitisch-eitrigen Processes selber aufgefasst werden. Andererseits sind auch die ausgedehnte Bronchopneumonie, der rechtsseitige pleuritische Erguss und die Rachendiphtherie, den oben erwähnten Gesichtspunkten nach, zu berücksichtigen. Endlich die verbreitete intensive Erkrankung beider Nieren mit Pyelitis legt den Gedanken nahe, dass die Bakterien hierdurch, auf der lymphatischen Bahn, zum Peritoneum gelangt seien; obgleich streng anatomisch die Lymphgefässe der Nieren,

namentlich die tiefliegende Schicht in die mittlere Kette der Lumbal-Lymphdrüsen (Quain's Elements of Anatomy II) münden und insofern in keiner direkten Communication mit der Peritonealhöhle stehen. Vielleicht könnten sogar alle drei genannte Momente in diesem Falle zur Entstehung der Peritonitis mitgewirkt haben.

Die allerletzte interessante Verhandlung über die spontane Peritonitis ist im vorigen Jahre in der medicinischen Gesellschaft zu London (The Lancet, 21. November 1885) gehalten worden. Wir erlauben uns etwas darüber zu berichten.

Dr. S. West trägt einen Fall von eitriger idiopathischer Peritonitis bei einem Mädchen vor. Julie S. 10 Jahre alt wurde nach einer Durchnässung von heftigen Leibschmerzen befallen. Dazu gesellte sich heftiges Erbrechen. Die Schmerzen und das Erbrechen dauerten in derselben Weise fort bis zu ihrer Aufnahme in die Anstalt, welche 4 Tage nachher erfolgte. Seit Anfang ihrer Erkrankung hatte sie keinen Stuhlgang gehabt. Es war keine erbliche Anlage und keine frühere nennenswerthe Krankheit nachzuweisen. Alle objectiven Symptome bezogen sich auf das Abdomen, auf demselben bestanden starke Spannung und Empfindlichkeit bei der Berührung. Man konnte keinen Tumor fühlen, aber an den seitlichen Theilen des Bauches war Dämpfung vorhanden. Die Haut war heiss und trocken, Temperatur in der Achselhöhle 99, 8° F, Puls 100, Respirationen 28. Häufiges Erbrechen von einer gelben sauren Masse ohne faecale Beimischung. Es wurde Opium verabfolgt. Diese Symptome blieben ohne jede Milderung bestehen, kein Stuhlgang. Bei der Untersuchung per Rectum konnte man eine sackförmige Anschwellung von unbestimmter Natur, welche sich nach aufwärts ins Becken erstreckte, fühlen. Da der Zustand der Patientin sich verschlimmerte und keine Mässigung der Symptome stattfand, wurde das Abdomen mit

einem medianen Schnitt geöffnet. Es wurde eine reichliche Menge von Eiter besonders aus der unteren Partie entleert. Nach sorgfältiger Ausspülung der Höhle wurden Drains eingelegt. Das Mädchen starb ungefähr 6 Stunden später.

Die Section ergab eine acute eitrige Peritonitis deren Ursache doch nicht zu entdecken war. Die gesamten Därme, die Drüsen und Bauchorgane waren vollständig gesund. Diesen Fall sollte man demnach als eitrige idiopathische Peritonitis bezeichnen.

Derartige Fälle sind selten. Dr. West und Dr. Goodhard erinnern eines einzigen ähnlichen Falls. Die acute idiopathische Peritonitis wurde zuerst von Duparcque im Jahre 1842 beschrieben, nachher von Gauderon, aber vollständiger von Rehm in „Gerhardt's Kinderkrankheiten". Dr. Hilton Fagge bestätigt die grosse Seltenheit derartiger Fälle, indem er selbst in einer ausgedehnten Praxis von 20 Jahren nur 2 Fälle beobachtet hat. Der eine Fall bot grosse diagnostische Schwierigkeiten, wegen seiner Aehnlichkeit mit einer Form von Darmstrangulation. Es fehlte auch jede anamnestische Angabe, welche auf Perforation als die Ursache der Peritonitis hindeutete. Wie dem auch sein mochte, die Peritonitis war als eine eitrige zu erklären und nach dieser Diagnose wurde die hier indicirte Behandlung, nämlich die Entleerung des Eiters eingeführt. Die niedere Temperatur erschwerte die Diagnose; aber es sind schon mehrere Fälle von niederer Temperatur bei bestehenden acut-eitrigen inneren Processen mitgetheilt worden, auf welche Dr. Hilton Fagge sich beruft. Mr. Morrant Baker theilt einen ähnlichen Fall mit.

Ein Knabe von 15 Jahren wurde als moribund in St. Bartholomew's Spital aufgenommen. Symptome: Erbrechen, Obstipation, Tympanitis und niedere Temperatur. Es wurde ein Einschnitt ins Bauchfell gemacht, und es quoll eine Menge faulriechendes Pus durch die Wunde heraus. Die Höhle

wurde mit einer Lösung von Condy's Flüssigkeit ausgespült und ein Drain eingelegt. Patient starb nach 5 Stunden. Die Section zeigte die Spuren einer intensiven Peritonitis ohne jede nachweisbare Ursache.

Dr. Charles West erinnert an die acute Peritonitis beim Fötus, bei Neugeborenen und Knaben. Er hat 2 Fälle von eitriger idiopathischer Peritonitis gesehen, bei welchen der Eiter sich durch den Nabel entleerte. Einer von diesen ging in Heilung über. Dr. W. B. Hatten konnte die Section eines Falles von eitriger idiopathischer Peritonitis bei einem dreijährigen Mädchen machen. Ein Fall von Typhus und einer von zweifelhafter Blutvergiftung waren in demselben Hause der kleinen Patientin vorangegangen.

Noch wichtiger für unsere Frage ist die Verhandlung, welche am 24. März 1884 in der Berliner medicinischen Gesellschaft über spontane Peritonitis stattfand (Vhd. des Vereins für innere Medicin zu Berlin, Jahrgang 1883-84, 21. Sitzung.) In seinem Vortrag betont Prof. Leyden, dass besonders in Deutschland seit geraumer Zeit die idiopathische Peritonitis bezweifelt wurde. Was die ältere Literatur anbelangt, sagt er, so sind die alten Aerzte weniger zurückhaltend, wie Peter Frank, welcher in seiner spec. Path. und Ther. nicht nur die durch Erkältung entstandene Peritonitis beschreibt, sondern auch angiebt, dass die Krankheit in Italien epidemisch aufgetreten ist. Er führt ferner an, dass im Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus zuweilen Peritonitis entstehe, durch Uebersprungen des Prozesses von den Gelenken auf das Peritoneum. Unter den französischen Autoren sei Grisolle noch erwähnt, welcher in seinem Traité de Pathologie interne 1844 in dem Kapitel der Peritonitis auch die spontane Form derselben anerkennt. Sie kommt, sagt er, in allen Lebensaltern vor. Zahlreiche Beobachtungen, welche Duges und Bouilland in Frankreich gemacht haben, ebenso die Erfahrungen von Prof. Simpson in Edinburgh

beweisen, dass die Peritonitis nicht selten, sogar schon während des intrauterinen Lebens vorkommt. Simpson ist sogar der Ansicht, dass die Peritonitis eine der häufigsten Ursachen für das Absterben des Fötus in den letzten Monaten der Schwangerschaft darstellt. Dagegen bei Erwachsenen wissen wir nichts positives. Fast immer tritt die Krankheit spontan, ohne Mitwirkung anderer beobachtungswerther Ursachen auf. Die Einwirkung von Kälte, Contusion des Bauches, Suppression der Menses, rheumatische Metastasen sind die Umstände, welche am häufigsten als bestimmende Ursachen genannt werden. Einige Male hat man epidemisches Auftreten der Peritonitis besonders in den Armeen beobachtet (Pejol). Er erinnert an die von Heymann und Blanchez publicirten Fälle. Letzterer (Académie de Médecine 1867) theilte 2 Fälle von tödlicher spontaner Peritonitis mit. Duparcque stellte ebenda 17 Fälle zusammen, unter welchen 10 heilten, 7 tödlich verliefen. Morin und Andral trugen Fälle von spontaner Peritonitis bei Gelenkrheumatismus vor. Desplats (Union médicale No. 89 1879) theilte ebenfalls mehrere Beobachtungen mit, und stellte die bei Gelenkrheumatismus auftretende Peritonitis der Pleuritis und Pericarditis gleich, die manchmal im Verlauf desselben vorkommen. Unter den englischen und amerikanischen Autoren sind namentlich John Bigelow, Meade, G. Johnson, Gilet und Driant, welcher 3 Fälle von spontaner rheumatischer Peritonitis mittheilte (Observation de péritonite aigue spontanée Rec. de méd. milit. Janv. et Fevr.) zu erwähnen. Darauf berichtet Prof. Leyden über 3 in der Klinik beobachtete Fälle.

Der erste Fall betrifft ein 20 jähriges Mädchen, Nähterin, die plötzlich mit den Symptomen einer acuten Peritonitis erkrankte, an welcher sie nach 6 Tagen zu Grunde ging. Die Untersuchung hat keine Veränderung an anderen Organen ergeben; nur die Tonsillen waren deutlich geröthet. Die Krankheit hatte sich bei der Patientin wenige Tage

vor ihrer Aufnahme allmählich mit Leibschmerzen und geringem Fieber zur Zeit der Menstruation entwickelt. Erst am 4. Tage traten heftige Erscheinungen der Peritonitis mit Schüttelfrost und rapidem Collaps auf. Die Krankheit dauerte 8 Tage. Die Temperatursteigerung schwankte um 39,7° herum. Bei der Section fand man einen virginalen Zustand des Geschlechtsapparates; an der Uterusschleimhaut war eine pseudomembranöse Wucherung sichtbar, der Cervix zeigte einen trübschleimigen Belag. Die Abdominalenden der Tuben waren geröthet, etwas geschwollen; ebenfalls die Ovarien geschwollen, oedematös. Das Cavum peritonei enthielt über einen Liter rein eitrigen Exsudates. Da man keine nennenswerthe Veränderung weder am Darme und Geschlechtstheilen noch an anderen Organen vorfand, sollte man die anatomische Diagnose „Peritonitis purulenta universalis rheumatica“ aufstellen.

Der zweite Fall betrifft eine 27 Jahre alte Frau, Wäscherin, welche sich mehrere Jahre hindurch mit Waschen in feuchten Kellerräumen beschäftigt hatte, aber seit geraumer Zeit sich in trockenen Lokalen beim Stärken der Wäsche aufhielt. Sie hatte sich vorher Oedeme der Füsse und Beine, die aber völlig verschwunden waren, zugezogen. Sie erkrankte plötzlich nach vorangegangener Stuhlverstopfung und Diarrhöe, ohne angebliche Veranlassung mit Symptomen einer acuten Peritonitis, stechenden Leibschmerzen, wiederholtem Erbrechen von grünen Massen und Schüttelfroste. Der Urin zeigte eine bräunliche Trübung und enthielt Cylinder und Epithelien. Nach 5 Tagen erfolgte nach einem dauernden bis 40,5° steigenden Fieber, diarrhöischen dünnschleimigen Stuhlgängen und grasgrünem Erbrechen, unter tiefem Collaps der Tod. Bei der Section sollte man wieder die Diagnose „Peritonitis purulenta universalis rheumatica“ stellen, weil sich aus der Bauchhöhle eine Masse eitrig fibrinöser Flüssigkeit entleerte, bei voll-

ständigem Intaktsein aller Unterleibsorgane. Die Nieren boten die Zeichen einer parenchymatösen Nephritis. Die mikroskopische Untersuchung des Exsudates war insofern interessant, als man in grosser Menge Diplococcen und Streptococcen in allen bekannten Formen vorfand. Dieser Befund war dem ähnlich, welchen man bei eitriger Pleuritis, puerperaler Peritonitis, phlegmonöser Entzündung u. dgl. m. erhält.

Ein dritter Fall betrifft einen 28 jährigen Mann, welcher ohne jede Veranlassung ausser Verstopfung und Diarrhöe, mit Schmerzen und Auftreibung des Abdomens, Erbrechen und Fieber erkrankte. Die Diagnose lautete acute diffuse Peritonitis: dieselbe kam doch zur Heilung, so dass Patient nach weniger als 4 Wochen entlassen werden konnte. Die Ileocoecalgegend war stark empfindlich und zeigte eine ziemlich umschriebene Resistenz.

Wenn wir uns nun einige Bemerkungen über diese Fälle erlauben wollen, fällt es uns sofort auf, dass beide wirklich eitrige Peritonitiden zwei Frauen betrafen. Beim ersten Falle mögen die Endometritis und Menstruation eine günstige Bedingung zum Eindringen von Mikroparasiten abgegeben haben. Im zweiten Falle konnte die Läsion der Nieren wie auch die Erkältung und vorhergegangene Stuhlverstopfung bei der Entstehung der Krankheit eine Rolle spielen. Wir berufen uns auf die oben angeführten allgemeinen Bemerkungen; ob nun die Darmschleimhaut oder die Tuben die Eingangspforte für die Infection gewesen sind, mag dahin gestellt bleiben. Beim dritten Falle lässt die umschriebene Resistenz der Ileocoecalgegend den Zweifel zu, ob hier nicht eine geringfügige Darmperforation, welche nachher spontan heilte, zur Krankheit Veranlassung gegeben habe.

H. Fränkel kommt nach einem sehr langen Vortrage (ebenda S. 296) über seine bakteriologischen Untersuchungen nur zu dem Schlusse, dass das Virus des phlegmonösen Erysipels und des Puerperalfiebers in naher Verwandtschaft mit ein-

ander stehen. Die klinische Erfahrung lehrt, dass manchmal Wöchnerinnen, die zufällig mit dem erysipelatösen Contagium inficirt wurden, eine schwere Puerperalerkrankung davon getragen, andererseits Leute, die mit irgend einer Wunde der äusseren Haut behaftet mit Kranken an Puerperalfieber in Berührung kamen, ein phlegmonöses Erysipel bekommen. Aber noch wichtiger in dieser Beziehung ist die äusserste Aehnlichkeit, welche das mikroskopische Bild der Erysipelcoccen mit dem der Coccen, welche vom Puerperalfieber herstammen, darbietet. Da nun die kettenförmigen Coccen der septischen Puerperalperitonitis denjenigen der spontanen eitrigen Peritonitis gleichen, wäre es höchst wünschenswerth, durch fleissige Untersuchungen darüber sich klar zu werden. Könnte man in bejahender Weise die Frage, ob nicht die Erysipel- und Peritonitis-Coccen identisch sind, beantworten, so wäre allerdings mancher Fall von spontaner Peritonitis leicht erklärlich, indem man einen neuen bequemen Weg für die Infection, nämlich die erkrankte äussere Haut, nachweisen könnte. Obgleich sich dafür etwas sagen lässt, möchten wir darauf aufmerksam machen, dass man mit derartigen Aehnlichkeiten des mikroskopischen Bildes in Bezug auf Bakterien sehr vorsichtig vorgehen muss. Wir erinnern nur an die grosse Aehnlichkeit der Tuberkel- mit den Smegma-Bacillen, die ja ihrer Zeit eine so grosse Aufregung in der medicinischen Welt erweckten. Uebrigens, wenn man überlegt, dass die eitrige und noch mehr die septische Peritonitis eine Mischinfection darstellen, wird es nicht so seltsam vorkommen, dass man neben den gewöhnlichen Bakterien der eitrigen Peritonitis auch noch Erysipelcoccen vorfinde. Liman sagt, dass er in 8 Fällen, welche zur Section wegen Verdachts der Vergiftung kamen, keine Ursache der Peritonitis vorfinden konnte. Dieselbe betrafen 1 jungen Mann und 7 Weiber, unter welchen zwei 10 und 11 jährige Mädchen. Hier fällt sofort die weit grössere Häufigkeit auf, mit wel-

eher Frauen den Männern gegenüber von der Krankheit befallen werden. H. Landau hat unter 20 Fällen von Peritonitis, die er bei Frauen beobachtet hat, einige gefunden, wo keine Veranlassung zur Krankheit zu entdecken war. Doch ist er nicht geneigt, diese Fälle der spontanen Peritonitis anzureihen. Er bemerkt, dass unter Umständen ein kleines Perforationsloch im Processus vermiformis entstehen kann, welches vollständig heilt, und dann sind von ihm keine Spuren mehr bei der Section zu finden.

Guttmann hat unter 82 Fällen von Peritonitis exsudativa ebenfalls 8 idiopathischen Fällen begegnet, von welchen die Hälfte Männer, die Hälfte Weiber betrafen. Beim ersten Fall, der ein 16jähriges Mädchen betraf, war Menstruation der Erkrankung kurz vorangegangen. Nach alledem wird es nicht unwichtig sein, einen Rückblick auf die ältere Literatur zu werfen, und manche gut beschriebenen Fälle herauszuwählen, um sie womöglich mit der Kritik zu erläutern.

Dr. Heymann (Gazette des Hôpitaux 1866 p. 216) spricht sich entschieden für die schon damals unter anderen von Valleix angefochtene Existenz der spontanen Peritonitis aus. Er sagt: Wenn es Affectionen giebt, über deren Vorkommen manche mit unleugbarer Autorität ausgestattete Aerzte einigen Zweifel ausgesprochen haben, müssen die anderen Aerzte alle ihnen begegnenden Fälle veröffentlichen, um Aufschluss über die betreffende Frage zu erhalten. Der von ihm berichtete Fall betrifft eine kräftige Frau von 20 Jahren. Nach einem Tage Prodromalsymptome, welche in Frostgefühl und Schmerzen vorwiegend an den Beinen bestanden, stellten sich die Erscheinungen einer acuten Peritonitis ein. Aeusserste Empfindlichkeit des Leibes bei der Berührung, so dass selbst die Bettdecken kaum ertragen werden. Der Puls ist klein, 110—115 in der Minute. Die Haut trocken, die Zunge ebenfalls trocken,

weissbelegt. Gesichtsausdruck deprimirt. Bei der geringsten Bewegung schreit Patientin laut auf. Verstopfung und häufiges Erbrechen. Die Behandlung besteht in Abführmitteln, Blutegeln, warmen Umschlägen aufs Abdomen und Hg-Einreibungen. Am folgenden Tage beträchtliche Abnahme der Symptome, Puls 88. Die Erscheinungen der Peritonitis treten an den folgenden Tagen immer mehr zurück, indem die Schmerzhaftigkeit sich auf der rechten Regio iliaca localisirt; daselbst nimmt man bei der Palpation ein Resistenzgefühl wahr. Aber dann stellen sich heftige bei der Defäcation besonders hervortretende Schmerzen am After ein; häufige Stuhlgänge von stark diarrhöischer Beschaffenheit. Endlich 12 Tage nach Beginn der Krankheit entleerte Patientin mit einem Stuhlgang circa $^1/_4$ Liter dünnen mit Schleim gemischten Eiter. Die Schmerzen verschwinden, der Puls wird normal, und der allgemeine Zustand erfährt eine beträchtliche Besserung. Nach einer 4 wöchentlichen Convalescenz, die nur von einer durch die Behandlung veranlasste Stomatitis mercurialis gestört wurde, ging der Zustand in völlige Genesung über.

Was nun die Beurtheilung dieses Falles anlangt, so legt die vom Darme aus erfolgte Entleerung des Eiters den Gedanken nahe, dass, wenn nicht eine direkte Perforation, eine Erosion oder sonstige Veränderung der Darmschleimhaut den Eingang für die Infectionskeime verschafft habe.

M. Aimé Martin (ebenda 1873 p. 276) beschreibt unter dem Namen Peritonitis rheumatica einen eigenthümlichen Fall. Patient ist im Laufe von 9 Jahren wiederholt an acutem Gelenkrheumatismus, Pericarditis und Muskelrheumatismus erkrankt und jedesmal vollständig geheilt. Nun plötzlich erkrankt er mit heftigem Fieber. Puls äusserst klein, 140 in der Minute. Häufiges Erbrechen einer dunkel gefärbten Masse, heftige Leibschmerzen, starke Auftreibung, deutliche Dämpfung an den Seitentheilen des Abdo-

mens. Druckempfindlichkeit desselben. Die sonst vorhandenen Gelenkschmerzen verschwanden. Es wurden Opiate, Hg-Einreibungen und Blutegel aufs Abdomen verordnet. Innerhalb 3 Tagen erfolgte der Tod. Der rasche Verlauf der Krankheit, wie Martin bemerkt, glich dem einer Perforationsperitonitis: aber, da keine Autopsie stattfand, liegt augenscheinlich kein durchschlagender Grund vor, diesen Fall in die Reihe der spontanen Peritonitis zu bringen. Es mögen ja etwaige übersehene Erkrankungen der Unterleibsorgane zur Peritonitis Veranlassung gegeben haben.

Guibont (ebenda p. 301) beschreibt einen anderen Fall von rheumatischer Peritonitis, welcher ein mit milder Form von Gelenkrheumatismus behaftetes Dienstmädchen betrifft. Hier fand nach dem in anderthalb Tagen erfolgten Tode die Section statt. Von derselben wird nun angegeben, dass die Geschlechtstheile vollkommen gesund waren, aber es wird verschwiegen, ob das Exsudat in der Bauchhöhle serös oder eitrig war. Wie wir schon andeuteten, ist es nicht schwer zu verstehen, dass die specifischen Infectionsträger des Gelenkrheumatismus durch ihre Ansiedlung im Peritoneum zu einer serösen Peritonitis Veranlassung geben, wie sie sonst eine seröse Pericarditis und Pleuritis verursachen können, weil die Entstehung einer serösen Peritonitis den einfachen Reizzustand des Bauchfelles voraussetzt. Dass aber eine eitrige Peritonitis durch Gelenkrheumatismus veranlasst werden könne, ist unseren Gesichtspunkten nach durchaus nicht anzunehmen. In der That, ein derartiges Ereigniss ist so selten beobachtet worden, dass seine Existenz überhaupt in Zweifel gezogen werden kann. Dieser Satz wird vom folgenden von Dr. Morin (ebenda p. 414) beschriebenen Falle bestätigt.

Eine kräftige, 35 Jahre alte Frau, die vor zwei Jahren einen Gelenkrheumatismus überstanden hatte, wurde von derselben Krankheit, wenngleich in milderer Form, wieder befallen. Die Gelenkschmerzen dauerten trotz der Be-

handlung fort, bis sie auf einmal aufhörten, um den Erscheinungen einer acuten Peritonitis Platz zu geben. Die schmerzhafte Spannung des Leibes nahm zu, bis 6 Tage nach Beginn der Krankheit von 10 bis 12 Liter seröser Flüssigkeit durch Punktion entleert wurden. Patientin ging nach der Operation an tiefem Collaps zu Grunde.

Aus der englischen Literatur sind auch einige interessante Fälle zu entnehmen.

G. F. Giles (Brit. med. journal 1871 Bd. I, p. 447) erzählt in seiner brillanten Weise, dass der verstorbene Dr. Brinton die Peritonitis, von der puerperalen Form abgesehen, in drei Hauptgruppen zu theilen pflegte; in eine traumatische, eine tuberkulöse, und eine Peritonitis der Prostituirten. Ueber die Ursache der letzteren wusste er nichts näheres anzugeben, aber er konnte die Häufigkeit der Peritonitis bei Prostituirten nicht verkennen, und er wollte deshalb irgend eine specifische Einwirkung dabei vermuthen. Als ihm nun Giles die Annahme einer Uebertragung des gonorrhoischen Virus durch die Tubenenden auf die Peritonealhöhle aussprach, gab er sich mit dieser Erklärung ohne weiteres zufrieden. Giles war zur erwähnten Vermuthung durch folgende Beobachtung geführt worden. Er behandelte eine Frau, die während der letzten Zeit ihrer Schwangerschaft von ihrem Manne gonorrhoisch inficirt worden war. Bald nach ihrer Niederkunft erkrankte sie an einer Peritonitis, welche man sonst als puerperale Peritonitis hätte bezeichnen können. Die Krankheit heilte vollständig.

In einem anderen Falle kam eine ebenfalls von ihrem Manne gonorrhoisch inficirte Frau in der 7. oder 8. Woche der Schwangerschaft nieder, und gleich darauf wurde sie von einer acuten Peritonitis befallen. Ebenfalls stellte sich in anderen Fällen von spontaner Peritonitis bei genauem Zufragen heraus, dass die Männer an Gonorrhöe gelitten und dieselbe auf ihre Frauen übertragen hatten.

Diese ziemlich milde Form von Peritonitis verläuft nie fatal und wird beträchtlich durch eine antiphlogistische Behandlung verbessert. Im folgenden Falle war der Zusammenhang beider Krankheiten noch deutlicher erkennbar. Die Mutter, von welcher die früher acquirirte Gonorrhöe selbst eingestanden wurde, bekam im Wochenbett eine acute Peritonitis, während das neugeborene Kind an einer typischen Blenorrhoea neonatorum erkrankte. Die Beobachtung eines häufigen Vorkommens der acuten Peritonitis bei Prostituirten hatte schon Hodgkin in seinen „Lectures on the morbid Anatomy of the serous and mucous Membranes" vor mehreren Jahren gemacht. Es ist nun bemerkenswerth, dass die Erkrankung an Peritonitis bei derartigen Frauen meist mit Menstruation oder Puerperium zusammenfällt. Bei Prostituirten kann eine vernachlässigte Gonorrhöe sehr lange bestehen; und die Mikroparasiten derselben können bei einer günstigen Bedingung, wie sie ja von der Menstruation gegeben wird, auf den Uterus und Tuben bis in die Peritonealhöhle weiter kriechen, um dort durch ihre Vermehrung einen Reiz aufs Bauchfell auszuüben. Dieser Reiz erzeugt also höchst wahrscheinlich die sogenannte gonorrhöische Peritonitis, die wiederum die seröse Form annimmt, wie es sich unter anderem durch ihre ausgezeichnete Heilbarkeit dokumentirt. Es wäre gewiss nicht unwichtig Impfversuche auf Thiere in dieser Richtung anzustellen. Andererseits ist die hierbei entstehende Frage, ob nicht vielleicht anstatt der Gonococcen selber chemische von ihnen gelieferte Produkte das Bauchfell reizen, vorläufig nicht zu entscheiden. Dr. Dolbson aus Clifton bestätigt in einem Briefe (ebenda, p. 475) die Beobachtungen von Giles, und bemerkt nur, dass man einige Andeutungen über das Zusammenfallen der Peritonitis mit Gonorrhöe in einer Schrift von Dr. West schon im Jahre 1858 vorfinden kann. R. H. Meade (ebenda 1876, Bd. II, S. 393) ist ein warmer An-

hänger der spontanen Peritonitis, und sagt sogar ausdrücklich: „Peritonitis hat so oft traumatischen Ursprung, und so oft entsteht sie im Verlaufe anderer Krankheiten, dass ihre Existenz als eine primäre Affection von den meisten Autoren geleugnet oder nur kurz angedeutet wird. Die besondere Form von Peritonitis, auf welche ich die Aufmerksamkeit lenken möchte, entsteht am häufigsten durch Erkältung.“ Darauf berichtet er über 2 Fälle.

Der erste Fall betrifft eine junge Frau, die vor einem Jahre eine acute Pleuritis durchgemacht hatte. Sie hatte sich feuchter Kälte ausgesetzt, und wenige Tage darauf erkrankte sie mit den Symptomen einer acuten Peritonitis: Erbrechen, hoher Temperatur, frequentem Puls, Druckempfindlichkeit mit Schmerzen am Abdomen. Der Fall heilte spontan.

Ein Mann von 20 Jahren bekommt eine schmerzlose beträchtliche Anschwellung des Leibes, welche ihn 3 Wochen lang nicht hindert, seine Geschäfte weiter zu betreiben und herum zu gehen. Als Ursache weiss er nur eine Erkältung anzugeben. Dann bekommt er plötzlich eine acute Peritonitis, welche rasch in Heilung übergeht. Die grosse Flüssigkeitsansammlung, welche in der Bauchhöhle enthalten war, wird spurlos resorbirt.

In beiden Fällen also handelte es sich augenscheinlich um eine seröse Peritonitis.

Ein ganz latent verlaufender Fall wird von einem praktischen Arzte (The Lancet 1875 p. 83) mitgetheilt.

Ein 60jähriger Mann, Diener, welcher an habitueller Verstopfung litt, erkrankte nach einer Woche allgemeinen Unwohlseins mit undeutlichen Erscheinungen einer acuten Peritonitis. Namentlich war keine Druckempfindlichkeit auf das Abdomen vorhanden. Als einzige Veranlassung wurde die Aufnahme von starken Abführmitteln angegeben. Bei der Section fanden sich alle Unterleibsorgane, von einer

durch den langen Gebrauch von Abführmitteln hervorgerufenen Verdickung der Darmschleimhaut abgesehen, vollkommen intakt. Aus der Peritonealhöhle wurden mehrere Liter Flüssigkeit entleert: aber merkwürdiger Weise wird nicht angegeben, ob dieselbe serös oder eitrig war.

Endlich wollen wir über eine seit mehreren Jahren herausgegebene Arbeit von Dr. Galvagni berichten (Rivista clinica, Bologna, 31. 12. 1869, No. 12 bis No. 7), deren Lieferung wir der Güte unseres Freundes des Hrn. Stabsarztes R. Livi aus Reggio verdanken. Galvagni theilt 12 Fälle von spontaner oder rheumatischer Peritonitis mit, unter welchen 8 Weiber und 4 Männer. Das Alter war von 5 bis 32 Jahren, darunter 5 Fälle (3 Mädchen und 2 Knaben) vor der Pubertät, 7 nach der Pubertät (5 Weiber und 2 Männer). Daraus ist also leicht ersichtlich, dass die Krankheit grade nach der Pubertät viel häufiger bei Weibern als bei Männern vorkommt. Die Menstruation soll dabei eine Rolle spielen. Alle Fälle betrafen im Durchschnitt mittelstarke aus gesunden Familien herstammende Individuen. Was die Beschäftigung angeht, waren es 10 Bauern und 2 Wanderer aus der Stadt. Die Menstruation war bei 5 von den erwachsenen Frauen als spärlich vor Entwickelung der Krankheit angegeben, bei 2 war sie mit Schmerzen verbunden; doch scheint hier die Menstruation in keinem direkten Zusammenhang mit der Krankheit gewesen zu sein. Bei 2 Fällen war Pleuritis vorhanden. In einem Fall bestand Anämie, was nach Prof. Federici zur Entzündung der serösen Häute prädisponirt. Bei 3 Fällen aber war eine bestimmte rheumatische Ursache angegeben, nämlich Aussetzung dem Regen auf offenem Felde. Bei den 7 übrigen Fällen, da sie Landarbeiter betrafen, war eine ähnliche Ursache, obgleich nicht bestimmt angegeben, vorauszusetzen.

10 Fälle heilten, 2 endeten mit dem Tode. Als Complication fand man bei 5 Pleuritis, bei 2 Hydrocele vor.

In 2 Fällen war die Pleuritis links, in 2 rechts aufgetreten. und in 1 Fall war sie doppelt; sie war sonst von mildem Charakter, und hatte sich gleichzeitig oder bald nach Anfang der Peritonitis entwickelt. Die Hydrocele trat bei dem einen 6jährigen Knaben doppelt, bei dem anderen 12jährigen einseitig auf. Alle diese als der spontanen Peritonitis angehörig bezeichneten Fälle waren von seröser Natur.

Aus alledem kann man deutlich ersehen, dass man, von den überhaupt zweifelhaften Fällen abgesehen, in der ganzen Literatur bis auf die neueste Zeit, bei der Aufstellung der spontanen Peritonitis nie die seröse von der eitrigen Peritonitis streng unterschieden hat. Die seröse Form kann vorkommen und ist, der oben angeführten Auseinandersetzung nach, leicht verständlich. Was die eitrige Form anlangt, haben wir mit allgemeinen Bemerkungen und mit einer vorurtheilsfreien Kritik der von uns berichteten Fälle eine wahrscheinliche Eingangspforte für die peritonitische Infection anzudeuten, d. h. die eitrige spontane Peritonitis als solche so weit wie möglich auszuschliessen versucht. Wir haben manche Fragen aufgeworfen und manche Annahmen aufgestellt. Es lässt sich ja nicht leugnen, dass die Hypothesen in der Medicin einen untergeordneten Werth haben; und zur sicheren Entscheidung unserer Fragen bedarf es thatsächlicher Nachweise, welche die Bakteriologie hoffentlich in nächster Zeit liefern wird. Aber die Hypothesen sind doch wie immer Leiter der wissenschaftlichen Forschung; und so möge diese unsere literarische Arbeit jemand anders zu positiven Untersuchungen veranlassen, deren Möglichkeit uns nicht gegeben war.

Zum Schlusse spreche ich Herrn Geh. Rat Prof. Leyden für die Anregung und liebenswürdigste Unterstützung bei dieser Arbeit meinen tiefgefühlten Dank aus.

THESEN.

I.

Man darf nicht den Staphylococcus pyogenes aureus bei der Osteomyelitis und den Streptococcus bei der eitrigen Peritonitis, vom bakteriologischen Standpunkte aus, als die specifischen Infectionsträger beider genannten Krankheiten betrachten.

II.

Die richtigste Behandlung der eitrigen Peritonitis ist Entleerung des Exsudates durch Eröffnung der Bauchhöhle.

III.

Zur Sicherung der Diagnose ist bei vermuthlich eitriger Peritonitis jedesmalige Probepunction anzurathen.

VITA.

Verfasser, Sohn des 1884 gestorbenen praktischen Arztes Dr. Napoleone Salaghi, am 8. December 1864 in Forli, Italien, geboren, erhielt behufs seiner wissenschaftlichen Vorbildung privaten Unterricht bis zu seinem Eintritt in das Gymnasium zu Forli, welches er im Juli 1881 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Darauf studirte er 4 Semester an der Universität von Rom, wo er im Juli 1883 das Tentamen physicum absolvirte. Dann besuchte er 3 Semester lang die Universität von Bologna, bis zu seiner Abreise nach Berlin, die im April 1885 erfolgte.

Während seiner hiesigen Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen und Curse folgender Herren: Fräntzel, Leyden, Bergmann, Gerhard, Schröder, Henoch, Liebreich, Mendel, Munk, Brösike, Grawitz, Jürgens, Lewin, Virchow, Küster, Schweigger, Gusserow, Horstmann, Wolff.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen besten Dank aus.